

Jahrgang 37

Nummer 8/2015

Behandlung der chronischen Obstipation (A. Röllin) 29

Beim Versagen von nicht-medikamentösen Massnahmen können osmotische Laxantien – besonders die Macrogol-Präparate – als befriedigend dokumentierte und verträgliche Behandlung gelten. Punktuell können Kontaktlaxantien (z.B. Bisacodyl) eingesetzt werden. Neue Substanzen (z.B. Lubiproston) werden besser vermieden.

Update

Behandlung der chronischen Obstipation

A. Röllin

Obwohl scheinbar banal, ist das Krankheitsbild der Obstipation schwierig zu definieren. Die frühere Definition (<3 Stuhlgänge pro Woche) ist zwar einfach und gut objektivierbar, für das subjektive Empfinden der Betroffenen stehen aber oft andere Aspekte im Vordergrund – wie vermehrtes Pressen beim Stuhlgang, harte Stuhlbeschaffenheit und diverse andere abdominale Missemphindungen. Dem tragen die seit 2006 geltenden *Rom-III-Kriterien* für chronische Obstipation Rechnung (siehe Internet-Tabelle 1i).

Da die Kriterien bis heute nicht einheitlich angewendet werden und sich nur ein Teil der Betroffenen in ärztliche Behandlung begibt, erstaunt es nicht, dass man sehr unterschiedliche Angaben zur Prävalenz der Obstipation findet (2% bis 27%). Deutlich häufiger betroffen sind Frauen, Kinder, Personen nicht-europäischen Ursprungs und ältere, insbesondere in Institutionen lebende Personen. Als weitere Risikofaktoren gelten niedrigere sozio-ökonomische Schicht, Depression, mangelnde Bewegung sowie körperlicher und sexueller Missbrauch.^{1,2}

Eine *sekundäre Obstipation* ist meistens auf unerwünschte Wirkungen von Medikamenten zurückzuführen; die Liste der in Frage kommenden Substanzen ist dabei sehr lang (siehe Tabelle 2i, im Internet). In selteneren Fällen können auch lokal obstruierende, metabolische, neurologische, myogene und andere Erkrankungen Ursache von Obstipation sein (siehe Internet-Tabelle 3i).

Nachdem einer kausalen Behandlung zugängliche, sekundäre Formen der Obstipation ausgeschlossen sind und beim Vorliegen von *Warnzeichen* (siehe Internet-Tabelle 4i) eine Koloskopie durchgeführt worden ist, steht die symptomatische, abführende Behandlung im Vordergrund. Eine Übersicht über die wichtigsten in der Folge beschriebenen Substanzen und Wirkprinzipien vermittelt die Tabelle 1 (Seite 30).

Weiterführende bildgebende oder funktionelle Untersuchungen (z.B. CT des Abdomens, Messung der Kolontransitzeit oder anorektale Manometrie) sind nur in Ausnahmefällen indiziert, teilweise kaum standardisiert und in ihrer Aussagekraft häufig unklar.^{1,3}

Nicht-medikamentöse Massnahmen

Verhaltensänderungen – wie mehr körperliche Bewegung, Erhöhen der Trinkmenge und faserreiche Ernährung, sowie das Einhalten von regelmässigen Defäkationszeiten – werden meist als erster Schritt zur Behandlung einer Obstipation empfohlen. Diese kostengünstigen Massnahmen, die man aufgrund ihrer weiteren, potenziell günstigen Wirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden nur zu gerne empfiehlt, leiten sich hauptsächlich aus Beobachtungsstudien ab. Diese lassen weder auf eine Kausalität noch auf die Wirksamkeit entsprechender Interventionen Rückschlüsse ziehen. Für einzelne dieser Massnahmen konnte zwar in kleinen Interventionsstudien ein Nutzen gezeigt werden, doch leider sind die meisten dieser Untersuchungen qualitativ mangelhaft.^{2,4} Ähnliches gilt für diverse «Hausmittel» wie beispielsweise Leinsamen oder Feigen, deren Wirkung am ehesten auf den darin enthaltenen Faserstoffen und nicht-resorbierbaren Zuckern beruht.

Ist eine Defäkationsstörung mit *Beckenbodendysfunktion* Ursache der Obstipation, steht mit der Biofeedback-Behandlung eine weitere nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung. Einzelne Studienresultate zu dieser Intervention, bei der die Betroffenen lernen sollen, die Beckenbodenmuskulatur korrekt anzuspannen und zu entspannen, sind ermutigend. Bei sehr unterschiedlichen Behandlungsprotokollen und häufig mangelhafter Studienqualität ist eine abschliessende Beurteilung ihrer Wirksamkeit nicht möglich.⁵

Laxantien

Die klassischen Abführmittel entfalten ihre Wirkung direkt über den Darm und werden in der Regel nicht systemisch resorbiert.

Ballast- und Faserstoffe

Ballaststoffe führen zu weicherer Stuhlbeschaffenheit und einer Zunahme des Stuhlvolumens, welche einen Dehnreiz des Kolons zur Folge hat. Es werden lösliche von nicht-löslichen Fasern unterschieden.

Die Wirkung von *nicht-löslichen* Fasern (z.B. Weizenkleie) ist schlecht dokumentiert. Besser untersucht ist Psyllium (auch Isphagula oder Flohsamen genannt; z.B. Metamucil®), das am häufigsten verwendete Präparat aus *löslichen* Fasern. Es zeigt eine bescheidene, aber konsistente Wirkung auf die Anzahl Stuhlentleerungen und verschiedene andere Obstipations-Symptome. Der in der Schweiz ebenfalls sehr häufig verwendete Karaya-Gummi (auch Sterculia-Gummi genannt, z.B. Colosan mite®) soll in seiner Wirkung mit Psyllium vergleichbar sein, was allerdings nicht mit kontrollierten Studien belegt werden kann.